
ILC-BR (2015), *Active Ageing : A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*, 1st edition, International Longevity Centre Brazil, Rio de Janeiro, Brazil

Maria João Bárrios



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/1228>

DOI: 10.4000/sociologico.1228

ISSN: 2182-7427

Editora

CICS.NOVA - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa

Edição impressa

Data de publicação: 12 dezembro 2015

Paginação: 79-83

ISSN: 0872-8380

Refêrencia eletrónica

Maria João Bárrios, « ILC-BR (2015), *Active Ageing : A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*, 1st edition, International Longevity Centre Brazil, Rio de Janeiro, Brazil », *Forum Sociológico* [Online], 26 | 2015, posto online no dia 04 abril 2016, consultado o 24 setembro 2020. URL : <http://journals.openedition.org/sociologico/1228> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologico.1228>

© CICS.NOVA

ILC-BR (2015), *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*, 1st edition, International Longevity Centre Brazil, Rio de Janeiro, Brazil

Maria João Bárrios*

■ Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP-ULisboa)

O documento publicado pela OMS em 2002: *Active Ageing. A Policy Framework* (WHO, 2002) tem sido destacado como um marco nas políticas de saúde e envelhecimento, inspirando o desenvolvimento de programas nacionais e locais baseados no conceito de “envelhecimento ativo”. É este conceito que sustenta medidas políticas adotadas em vários países e regiões como o projeto “As Cidades Amigas das Pessoas Idosas” (WHO, 2007), que reforça estratégias como o “Movimento Cidades Saudáveis” (WHO, 2014) e que deu origem a iniciativas como o Índice de Envelhecimento Ativo. Na verdade, definido como “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento” (WHO, 2002: p. 12), o paradigma de “envelhecimento ativo” afasta-se do foco na prevenção de doenças e provisão de cuidados de saúde para apostar na promoção de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. Estas considerações há muito que têm sido expressas. Lembremos a Declaração de Alma-Ata de 1978 que afirmou que a saúde é um direito humano fundamental e apelou a uma ação multisetorial para proteger e promover saúde para todos. Também em 1986, a Carta de Ottawa definiu saúde como “um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” e como “ação coordenada de vários setores políticos” (Carta de Ottawa, 1986: 1 e 3).

Apesar do debate crítico e da falta de consenso da literatura em torno do “envelhecimento ativo” (Boudiny, 2012), a proposta da OMS (WHO, 2002) constitui-se como a mais abrangente, obteve a concordância da Comissão Europeia (European Commission, 2002) e vai ao encontro da visão da OCDE (OECD, 2000). Pretende que todas as pessoas possam participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, com proteção adequada, segurança e cuidados. Baseada no reconhecimento dos direitos humanos

e princípios estabelecidos pela ONU, recorda-se que trata de uma abordagem focada nos direitos e não nas necessidades.

Treze anos depois, num contexto de crescentes desafios demográficos e sociopolíticos, os objetivos e recomendações do “envelhecimento ativo” perderam. O conceito mantém-se pertinente, promissor e conserva o seu lugar no topo das agendas públicas nacionais e locais. Por estas razões, o International Longevity Centre Brazil (ILC-BR) considerou importante contemporizar o paradigma através do documento: *A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Trata de uma produção rigorosa do ponto de vista científico, que propõe refletir a proeminência de questões como o prolongamento do tempo de vida e, como aqui se denomina, a revolução da longevidade.

Este novo documento de “envelhecimento ativo” convida-nos inicialmente a uma análise do envelhecimento no contexto de outras tendências globais, com impacto em todas as idades. Na verdade, o documento alerta para a dimensão da problemática do envelhecimento populacional como fenómeno que atravessa fronteiras e temáticas da vida humana. I) A urbanização e aumento da proporção de moradores urbanos com 60 e mais anos acarreta riscos de segurança e estilos de vida. Ao mesmo tempo, o fenómeno de êxodo rural da população mais nova resulta num aumento e isolamento dos idosos nas zonas mais despovoadas. II) A globalização e evolução tecnológica, se, por um lado, facilitam as redes sociais, por outro possibilitam o aumento dos estereótipos em relação aos idosos, desvalorizando a capacidade e experiência em detrimento dos novos conhecimentos. Ao nível da saúde, embora expandam o potencial da prevenção de doenças, cuidados domiciliários, autonomia e independência, o acesso aos benefícios da tecnologia é desigual. III) As tendências de migração cruzam-se com o envelhecimento através de migrantes que envelhecem nos países adotivos, pessoas mais velhas que migram sozinhas ou com os filhos à procura de

uma vida melhor ou para fugir aos conflitos/desastres naturais, e ainda o facto da migração dos filhos adultos poder deixar os pais com menos apoio. IV) As consequências das alterações ambientais e climáticas na saúde e bem-estar, associadas às desigualdades socioeconómicas crescentes, tornam as pessoas mais velhas mais suscetíveis a instabilidades ambientais. V) Em situações de conflito de armas, as pessoas mais velhas correm maior perigo devido à reduzida mobilidade necessária numa evacuação. VI) As transições epidemiológicas (diminuição dos riscos para doenças infecciosas, passando as doenças crónicas a ser a principal causa de morte e incapacidade) intersejam o envelhecimento, na medida em que as pessoas passam a viver o tempo suficiente para as doenças crónicas se desenvolverem. VII) O facto de a maioria dos países experienciar uma diminuição da pobreza absoluta e um aumento das desigualdades de rendimento influencia a forma como se envelhece. VIII) Por último, a evolução dos direitos humanos que acompanha a evolução das sociedades produz um efeito nas atitudes discriminatórias, comportamentos e políticas.

Neste documento, o envelhecimento é enquadrado na perspetiva da corrente teórica de resiliência, definida como “acesso às reservas necessárias para se adaptar, resistir, ou crescer com os desafios encontrados na vida” (Smith *et al.*, 2011). Note-se que as condições de vida dos indivíduos, a saúde, participação, segurança, conhecimento e competências constituem reservas para o crescimento pessoal, bem-estar, qualidade de vida e adaptação ao processo de envelhecimento com as limitações que o tempo impõe. No entanto, é a construção de comunidades resilientes que vai permitir a existência de pessoas resilientes.

Sabendo que uma sociedade resiliente deve promover o desenvolvimento de oportunidades ao longo da vida, os autores chamam a atenção para a urgência de ações que substituam as visões ultrapassadas do ciclo de vida, na medida em que o modelo rígido é incongruente com um envelhecimento globalizado, que deve ser referenciado numa perspetiva de longo prazo. Os autores propõem, portanto, repensar o ciclo de vida e a velhice. De facto, a construção social de velhice que nasceu com a emergência dos regimes de pensões (Fernandes, 1997) determinou um modelo das sociedades industriais com uma organização do ciclo de vida caracterizado em três tempos: i) um curto período de aprendizagem/educação, ii) um período prolongado de trabalho e iii) um período muito breve de reforma, dada a baixa esperança de vida (Guillemard, 2008). Com a combinação de uma vida mais longa e de mudanças sociais, os limites deste modelo tornam-se ténues, com vidas intermitentes entre aprendizagem e emprego (apesar de a aprendizagem continuar a predominar nas primeiras décadas da vida, os empregos exigem uma atualiza-

ção constante de competências e acompanhamento da evolução tecnológica) e períodos mais longos de reforma. Estas reflexões levam-nos ainda a questionar a idade da reforma e a sua definição, tendo em consideração as possibilidades de autoemprego, trabalho a tempo parcial e ciclos de trabalho e lazer, não sendo mais caracterizada como um tempo de incapacidade, mas sim um tempo privilegiado de renovação pessoal, lazer e satisfação.

Na sua formulação de 2002, o conceito de “envelhecimento ativo” identificava a saúde, participação e segurança como os pilares essenciais a partir dos quais se definem os parâmetros que deverão ser alvo de intervenção com o objetivo de potenciar o bem-estar biopsicossocial. Fundamentado nas alterações do ciclo de vida acima expostas, este novo documento de 2015 propõe agora um modelo de quatro pilares. Podemos, aqui, desfrutar de um esclarecimento mais detalhado de cada pilar, bem como de uma secção vocacionada para a resposta política de “envelhecimento ativo”, sendo igualmente elaboradas em detalhe diretrizes de intervenção no âmbito de cada pilar.

A saúde mantém-se como primeiro pilar, que apela ao desenvolvimento de medidas de melhoria da saúde física, mental e social, estratégias preventivas de doença articuladas ao longo da vida, meios de diagnóstico e tratamento. Destaca-se a importância da saúde mental e social para uma adaptação ao processo de envelhecimento, bem como o valor da saúde física perante o declínio funcional associado à idade. É neste pilar que podemos lembrar-nos de que a política de “envelhecimento ativo” se aplica a pessoas de todas as idades, incluindo os frágeis e deficientes. As orientações para reduzir os fatores de risco associados às doenças e para aumentar os fatores de proteção ao longo da vida consideram: i) as influências económicas (reduzir as desigualdades, dar prioridade aos grupos carenciados e socialmente excluídos), ii) as questões de saúde pública (espaços verdes, água, ar e alimentação), iii) as oportunidades para estilos de vida saudáveis em todas as idades, iv) a pertinência de desenvolver uma cultura de autocuidado e autogestão das condições de saúde (necessária para se envelhecer em casa, exigindo especial atenção para as condições de trabalho dos cuidadores), e ainda v) a resiliência psicológica (comunidades centradas em atitudes e comportamentos positivos). Para tal, os autores referem que importa assegurar o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e a medicamentos, desenvolver formação em geriatria e gerontologia, investir em tecnologias e prestar atenção a questões específicas como problemas de saúde mental (depressão, demência...), VIH e SIDA, doenças infecciosas, perda de audição ou visão.

Na verdade, o pilar da saúde, que havia já ficado claro em 2002, é aqui apenas reforçado, com a

particularidade de sublinhar a questão da resiliência psicológica e atribuir especial atenção à pertinência de desenvolver uma cultura de autogestão e apoio aos cuidadores. Sobre este aspeto, note-se ainda que a redução do número de filhos leva à polarização das responsabilidades familiares num único elemento (Gil, 2007) e, embora se verifique um aumento do número de famílias trigeracionais, é menos frequente a coabitação de pais idosos com os filhos adultos (Fernandes, 2008).

O segundo pilar é aqui acrescentado e designado de aprendizagem ao longo da vida, tal como promulgado na Conferência Internacional sobre o Envelhecimento Ativo em Sevilha em 2010 (Rodríguez, 2010). O novo componente surge perante o argumento de que o acesso à informação é um elemento vital para o envelhecimento (Keeley, 2007), por influenciar o bem-estar, a empregabilidade, a solidariedade intergeracional e a prosperidade em geral. Este modelo de educação promove oportunidades inovadoras, melhores práticas e uma cultura de aprendizagem ao longo da vida, podendo ser realizado através de atividades estruturadas (*workshops*, cursos de curta duração, seminários) bem como livremente em casa, no trabalho ou em atividades de lazer. Tratam de estratégias reconhecidas pela Comissão Europeia (Commission of the European Union, 2006) que devem responder às múltiplas necessidades de aprendizagem: acessibilidade da informação sobre os direitos, alfabetização, literacia em saúde em todas as idades e autocuidados, literacia financeira e inclusão tecnológica, especialmente para os mais vulneráveis. A este respeito, o ILC-Br alerta também para o facto de a vulnerabilidade aumentar entre as pessoas com níveis de escolaridade mais baixos. Investir na formação e educação sobre o envelhecimento bem como incentivar o estudo do envelhecimento nas instituições de escolares em todas as áreas de formação pode ainda desafiar estereótipos e estigmas, facilitando relações intergeracionais em várias configurações: dentro da família, na comunidade e no trabalho, valorizando as competências, sabedoria e experiência dos mais velhos. Consideramos que o destaque dado neste documento à aprendizagem ao longo da vida, promovendo-a a pilar que sustenta o paradigma de “envelhecimento ativo”, fortalece a visão de ciclo de vida contínuo acima refletida.

O pilar seguinte mantém-se como participação e é referente às oportunidades de participação das pessoas mais velhas em todas as áreas da atividade humana. Engloba, portanto, o aumento da participação na força de trabalho, a formação contínua e a capacitação, através da promoção dos direitos básicos. Este pilar dirige atenções para a flexibilidade e o ambiente no trabalho, promoção de hábitos saudáveis e ambientes seguros e ergonómicos, bem como aplicação de políticas não discriminatórias. Além do trabalho remunerado, compreende igual-

mente o voluntariado, admitindo o papel crucial que desempenha no apoio às organizações da sociedade civil, através de atividades formais ou informais. Trata, portanto, de garantir que as pessoas podem participar em qualquer exercício social, cívico, económico, recreativo, social, cultural, intelectual ou espiritual, ao longo da vida (inclusive em idade mais avançada), de acordo com as suas necessidades, preferências, capacidades e, principalmente, de acordo com os seus direitos, tornando as sociedades mais produtivas e inclusivas. Estas oportunidades de participação têm efeitos positivos na saúde (menor risco de morrer, melhor funcionamento cognitivo, prevenção de demência...), e deve ter-se especial atenção na inclusão e capacitação dos grupos marginalizados, com capacidade funcional reduzida. Para tal, exige-se a criação de ambientes amigos dos idosos, incluindo a melhoria dos transportes públicos e acessibilidade do ambiente físico.

O último pilar, segurança, é aqui descrito como “a mais fundamental das necessidades humanas”. Fala-se de segurança na sua perspetiva mais abrangente, que abarca a segurança física, social e financeira. Destaca-se também a segurança cultural, respeitante à preservação da identidade cultural, colocada em risco nas populações marginalizadas através de fenómenos de globalização e migração, como começámos por mencionar nesta recensão. Os autores apreciam, assim, medidas que i) protegem o direito à segurança básica e dignidade de todas as pessoas (educação, saúde, habitação); ii) constroem ambientes seguros fisicamente; iii) atendem a opções de habitação e modificações que podem ser necessárias tendo em conta condições de vida, saúde ou doença; iv) contribuem para a erradicação da pobreza, garantindo um rendimento de base em todo o curso da vida, sustentando políticas que reduzem as desigualdades económicas, reforçando o trabalho digno para todas as idades, garantindo a sustentabilidade dos sistemas de pensões através de elevados níveis de emprego; v) previnem e combatem a discriminação e violência, através de estratégias de sensibilização e sistemas de apoio às vítimas, que minimizem os danos a curto e longo prazo.

Porque o “envelhecimento ativo” depende de vários fatores em parte relativos ao indivíduo mas também ambientais e sociais, percebe-se que o conceito se aplica tanto a indivíduos como a grupos populacionais, responsabilizando igualmente as organizações governamentais e da sociedade civil. Ora, se por um lado as políticas de “envelhecimento ativo” promovem uma responsabilidade individual para aproveitarem as oportunidades, por outro estas oportunidades estão dependentes de ações políticas a todos os setores do governo, bem como da sociedade civil e do setor privado. Estão implicados todos os níveis de governo, sociedade civil, setor privado,

meios de comunicação e pessoas que envelhecem. As recomendações políticas são, neste documento, projetadas no sentido de tornar o envelhecimento populacional relevante para os decisores a todos os níveis, em todos os setores e em todos os países.

A aplicação do paradigma exige a adoção de uma perspetiva de ação global, com políticas intersectoriais incidentes nos quatro pilares, que percorram os determinantes do envelhecimento ativo, identificados no documento de 2002 (WHO, 2002) e que aqui são mantidos (género, cultura, determinantes sociais, económicos, comportamentais e pessoais, ambiente físico, serviços sociais e de saúde). A este respeito, os autores elaboram apenas um texto de fortalecimento dos determinantes, com novos e detalhados exemplos, fiéis à proposta inicial da OMS, que poderão apenas complementá-la ou esclarecê-la. A operacionalização dos determinantes permitirá melhorar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco ao longo da vida, tanto ambientais como comportamentais. Melhorar as estruturas de governança para responder à revolução da longevidade ordena, portanto, uma colaboração intersectorial, indispensável no alinhamento e implementação das políticas.

Merece, ainda, distinção nesta publicação a orientação para a implementação de uma abordagem participativa, com a certificação de que no desenvolvimento das políticas de “envelhecimento ativo” as decisões são tomadas através de uma abordagem bidirecional *Top-Down* e *Bottom-Up*, em conjunto com os destinatários e não apenas para os mesmos. De facto, as estratégias eficazes de “envelhecimento ativo” baseiam-se numa parceria entre o cidadão e a sociedade, tendo em conta os pontos de vista das partes interessadas, na medida em que as características, necessidades e expectativas das pessoas têm um papel importante no processo de formulação e análise de políticas. Contudo, os mais velhos são rotineiramente ignorados, não são convidados a avaliar a conveniência nem a utilidade dos serviços que lhe são prestados (O’Shea, 2006). Existem ainda partes da população mais velha menos envolvidas, nomeadamente aqueles com problemas de saúde e de mobilidade, o grupo para o qual as respostas políticas parecem ser orientadas (Hockey et al., 2013).

Por último, as orientações deste documento vão no sentido do desenvolvimento da investigação no progresso de políticas, definição de mecanismos de monitorização e avaliação. Os autores consideram necessário apoiar o desenvolvimento de estudos longitudinais com representatividade nacional e internacionalmente comparáveis, que permitam uma análise detalhada dos fatores determinantes do envelhecimento, resistência e qualidade de vida ao longo do tempo. Importa ainda estabelecer e investir em

agências nacionais e transnacionais de investigação para identificar, apoiar e coordenar a investigação relacionada com o “envelhecimento ativo”. A este respeito, temos a acrescentar a existência de evidências de que o envolvimento das pessoas mais velhas nos processos de investigação em envelhecimento, colaborando como co-investigadores, pode resultar em metodologias e resultados mais ricos e mais relevantes (Gutman et al., 2014), provocar um impacto positivo na vida dos participantes mais velhos e reforçar a investigação.

Referências bibliográficas

- BOUDINY, K. (2012), “Active ageing: from empty rhetoric to effective policy tool”, *Ageing and Society*, 1-22. Disponível em: http://journals.cambridge.org/abstract_S0144686X1200030X.
- CARTA DE OTTAWA (1986), *Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 17-21 de Novembro, Canadá.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN UNION (2006), *Adult learning: It is never too late to learn* [Internet]. 2006. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11097_en.htm
- EUROPEAN COMMISSION (2002), *Europe’s response to World Ageing – Promoting Economic and Social Progress in an Ageing World, A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing*. COM 143 Final. Bruxelas: European Commission.
- FERNANDES, A. (1997), *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- FERNANDES, A. (2008), *Questões Demográficas. Demografia e Sociologia da População*, Lisboa, Edições Colibri.
- GIL, A. (2007), “Envelhecimento Ativo: complementaridades e contradições”, *Forum Sociológico*, 2.ª série, n.º 17, pp. 25-36.
- GUILLEMARD, A. M. (2008), *Où va la protection sociale?*, Paris, Presses Universitaires de France.
- GUTMAN, C. et al. (2014), “Involving Older Adults as Co-researchers in Social Work Education”, *Educational Gerontology*, 40: 3, 186-197.
- HOCKEY, A. et al. (2013), “Planning for an Ageing Society: Voices from the Planning Profession”, *Planning Practice & Research*, vol. 28 (5), pp. 527-543.
- KEELEY, B. (2007), *OECD Insights – Human Capital: How what you know shapes your life*, Paris, OECD Publishing.
- O’SHEA, E. (2006), “Developing a healthy ageing policy for Ireland: The view from below”, *Health Policy*, vol. 76, pp: 93-105.
- OECD (2000), *Reforms for an Ageing Society*, Paris: OCDE éditions.

- RODRÍGUEZ, M. I. G. (2010), *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, Junta de Andalucía.
- SMITH, A. K. et al. (2011), "Successful Aging and Resilience: Applications for Public Health and Health Care", in B. Resnick et al. (eds.), *Resilience in Aging*, Nova Iorque, Springer, pp. 15-29.
- UNITED NATIONS (2011), *State of the World's Volunteerism Report – Universal values for global wellbeing. Development*, United Nations Volunteers.
- WHO (2002), *Active ageing: a policy framework*, Genebra.
- WHO (2007), *Global Age-friendly Cities: A Guide*, Genebra.
- WHO (2014), *Healthy cities. Promoting health and equity – evidence for local policy and practice*, Copenhaga.

* Bolseira de Investigação da Fundação para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BD/85139/2012.